| SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES RURALES Nº I (Ley 16.600)- Aseguradora: BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros de Vida | OBLIGATORIO PARA 1 IEFICIO S.A. Compa | TRABAJA añía de \$ | NDORES RURALES N Seguros de Vida | ۱° legajo, regist | legajo, registro, ficha, etc. | SEGURC (Ley 16.6 | O COLECTIVO 300)- Asegura | O DE VIDA dora: BEN | DBLIGATORI | O PARA TRABA Compañía de Seg | SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES RURALES N° legajo, registro, ficha, etc. (Ley 16.600)- Aseguradora: BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros de Vida | ALES N° legajo | o, registro, ficha, etc | etc. |
|--|--|-----------------------|---|----------------------|-------------------------------|-------------------------------------|---|--|---|---|---|--|---|-----------------|
| Nombre y Apellido: | | 0 | C.U.I.L.: | | | Nombre | Nombre y Apellido: | | | | C.U.I.L.: | | | |
| Documento: Tipo: N°: | | | Riesgo Cu | Subjerto: | | Docume | Documento: Tipo: | Z | | | œ | Riesgo Cubierto: | io: | |
| Expedido por: Fecha de Nacimiento | Capital Asegurado | | Muerte e invalidez total y | ıl y permanente para | nte para | Expedido por: | dido por: Fecha de Nacimiento | puto | Canital A | Capital Asequrado | Muerte e invalidez total y permanente para el trabaio | dez total y perr | manente para | |
| Día Mes Año | apital básico Capital adicional | icional | Fecha de Ingreso al empleo | eso al emple | o. | Día | Mes | T. | Capital básico | Capital adicional | Fecha | Fecha de Ingreso al empleo | empleo | |
| | ├ | | Día | Mes | Año | | | | \$ 6750 | | Día | Mes | Año | |
| Domicilio Particular: | | | | | | Domicilio | Domicilio Particular: | | | | | | | |
| Calle: | °2 | | . Piso: Di | Dto.: | Cód. Postal: | Calle: | | | 2 | | Piso: | Dto.: | Cód. Postal | ostal: |
| Empleador: | | | C.U.I.T.: | | | Empleador: | dor: | | | | C.U.I.T.: | | | |
| Domicilio: | | | | | | Domicilio: | | | | | | | | |
| (Ale: | х | | Piso: | Dto.: | Cód. Postal: | Calle: | | | Z | | Piso: | Dto.: | Cód. Postal | ostal: |
| BENEFICIARIOS: | | | | | | BENEFI | BENEFICIARIOS: | | | | | | | |
| Nombre y Apellido | Parentesco | | Domicilio | Doc | Documento | | Nombre y Apellido | ollido | la l | Parentesco | Domicilio | 0 | Documento | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario | ignar beneficiario. | + | | | | | Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario | do deberá de | signar beneficiar | j. | | | | |
| Lugar y fecha: | | | Firma del Asegurado | | | | cha: | | 0 | | Firma del Emp | leador | | |
| | | | (o impresión digital): | | JES. | | 5 | | | | (o impresión digital): | igital): | | |
| SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES RURALES (Ley 16.600)- Aseguradora: BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros de Vida | OBLIGATORIO PARA 1 EFICIO S.A. Compañía | TRABAJA a de Segu | | N° legajo, regist | Legajo, registro, ficha, etc. | O - | COMUNICACIÓN AL ASEGURADO | ALASEGI e identifica | JRADO en este Certi | وتتوصراه لمصورة | <u>OMUNICACIÓN AL ASEGURADO</u> El Asemurado que se identifica en este Certificado de Incomoración tendrá derecho a solicitar una conia de la | io ilon | tar una conia de | <u>a</u> |
| Nombre y Apellido: | | O | C.U.I.L.: | | 8 | : <u>%</u> | ortunamente | entregada a | I tomador del | presente contrat | to de seguro. | 5 | | 5 |
| Documento: Tipo: N°: Expedido por: | | | Riesgo Cu | Subjerto: | | | juro de Vida C e e Invalidez T | Solectivo Or Fotal v Perm | oligatorio para anente para e | Trabajadores R Trabajo, En cas | 2. El Seguro de Vida Colectivo Obligatorio para Trabajadores Rurales previsto en la Ley 16.600 cubre los riesgos de Muerte e Invalidez Total y Permanente para el Trabaio. En caso de suicidio sólo se abonará: | n la Ley 16.60 se abonará: | 0 cubre los riesç | sobs |
| | Capital Asegurado | | el trabajo. | y permane | | | ital básico Uni | forme Oblic | atorio. | El capital básico Uniformé Obligatorio. | | | | |
| Día Mes Año | Capital básico Capital adicional | Jicional | echa de | Ingreso al empleo | 2 | <u>a</u> « | orte del capita mplimiento po | al adicional (| que tuviera un empleador lo l | El importe del capital adicional que tuviera una vigencia de más de . El incumplimiento nor parte del empleador lo hará responsable por: | s de un1 año. e por: | | | |
| Φ. | \$ 6750 | | Dia | Mes | Ano | | orte del segun | oobligatori | ontratado o | ncorpore su pers | a) Elimporte del seguro obligatorio, cuando no incorpore su personal al seguro. b) Por el importe total del seguro contralado, cuando nociuza la exclusión del asegurado, de tal modo que al | l asediirado | de tal modo que | <u>a</u> |
| Domicilio Particular: | _ | | | | | ocurrirel | siniestro el be | eneficiario c | los derechoh | abientes del asec | gurado no perciba | an el importe d | el seguro. | 3 |
| Calle: | °N | | Piso: Di | Dto.: | Cód. Postal: | 4. Las pri adicional 5. Flemp | imas correspo la cargo de los bleador o persi | ondientes a s asegurad | Seguro Oblig os <artículo n<br="">ada deberá oc</artículo> | atorio estaran in ro. 9— Condicio ominicar de inme | 4. Las primas correspondientes al Seguro Obligatono estaran integramente a cargo del empleador y las del seguro adicional a cargo de los asegurados <artículo 9—="" comunes».<br="" condiciones="" generales="" nro.="">5. El empleador o nersona interesada deberá comunicar de inmediato al asegurador en los formularios cue éste le</artículo> | go del emplea: omunes>. idor en los form | dory las del segu nularios que éste | guro de pro- |
| Empleador: | | | C.U.I.T.: | | | suministr | re, el fallecim | iento del a | segurado de | acuerdo a lo dis _i | suministre, el fallecimiento del asegurado de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo Nro. 11 de las Condiciones | culo Nro. 11 d | le las Condicior | ones |
| Domicilio: | | | | | | Generale | es Comunes, ndiere exigirs | previa pre: eqún la cau | sentación del Isal de la mue | certificado de d∢ rte. | Generales Comunes, previa presentación del certificado de defunción autenticado y cualquier constancia que correspondiere exigir según la causal de la muerte. | ado y cualqu | ier constancia q | enb : |
| RA Calle: | N | | Piso: | Dto.: | Cód. Postal: | 6. Los be | eneficios pre: o el siniestro o | vistos en e | sta póliza de ıñada si corre | berán ser abona spondiere, la info | Los beneficios previstos en esta póliza deberán ser abonados en forma integra dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de acompañada si correspondiere. La información complementaria solicitada por la Entidad | ntegra dentro mentaria solici | de los 15 días itada por la Entid | s de tidad |
| BENEFICIARIOS: | | | | | | Asegurac | dora, de confc | ormidad co | el Articulo N. | o. 46 de la Ley 1 | Aseguradora, de conformidad con el Articulo Nro. 46 de la Ley 17418. El plazo de denuncia será de 15 días. En el | e denuncia ser | á de 15 días. Er | Enel |
| | Parentesco | | Domicilio | Doo | Documento | caso de l | tallecimiento i Invalidez Total | este plazo I v Permane | debera contai inte este plazi | se desde que el o deberá contars | caso de tallecimiento este plazo debera contarse desde que el denunciante toma conocimiento del siniestro. En caso de Invalidaz Total y Permanente este plazo deberá contarse desde la finalización del período de 6 meses de | na conocimien ración del perío | to del siniestro. odo de 6 meses | o. En |
| 0 | | | | | | invalidez | ininterrumpic | da estipula | do en las Co | ndiciones Gene | invalidez ininterrumpida estipulado en las Condiciones Generales Comunes, sin perjuicio de que pueda ser | sin perjuicio | de que pueda | a ser |
| AT | | \dagger | | | | denuncia 7. Los As | ado durante el egurados que | citado perí | odo. podrán hacer | uso de la opción | denunciado durante el citado período. 7. Los Asegurados que se jubilen podrán hacer uso de la opción establecida. salvo manifestación en contrario. de | vo manifestaci | ón en contrario. | o. de |
| | | | | | | acuerdo con lo es | con lo estable | cido en el | Vrticulo Nro. 1 | 4 de las Condicio | acuerdo con lo establecido en el Articulo Nro. 14 de las Condiciones Generales Comunes, contratando un seguro | Comunes, con | tratando un segu | guro |
| Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario | l ignar beneficiario. | | | | | 8. Las ac | sciones funda | das en est | póliza presc | riben al año de s | ous vica mismorada. Las acciones fundadas en esta póliza prescriben al año de ser exigible la obligación correspondiente. Para el | igación corres | pondiente. Para | ıra el |
| . odoog . soon I | | | open soot op owning | | | excederá | ario erpiazo de 3 de tres (3) añ | ios desde e | n se compute nacimiento d | a desde que conc e su derecho a la | benencia no el piazo de prescripción se computa desde que conoce la existencia del benencio, pero en migun caso excederá de tres (3) años desde el nacimiento de su derecho a la prestación por parte del Asequirador | arte del Asegui | ero en mingun ca rador | Caso |
| Lugar y recha: | | | rirma del Asegurado (o impresión digital): | | | 9. Los As situación 721 (CP. | segurados poc seconómica fi. 1067) Capital | drán solicita nanciera de Federal, o p | r información la Entidad As lor teléfono a | ante la Superinte seguradora dirigi. | Sociation (2018) (2) anos deserve información ante la Superintendencia de Segura de Nación con relación a la situación económica financiera de la Entidad Aseguradors adrigiendose personalmente o por nota a: Julio A. Roca 721 (CP. 1067) Capital Federal, o por teléfono a los Nros. 4343-9090 / 4331-0188 / 4331-7456. | uros de la Nación mente o por no 74331-7456. | ón con relación a ota a: Julio A. Ro | l a la Roca |
| | | | | | | | | | | | | | | |